（様式４）

教職員課健康管理担当　あて

ファックス番号0952-25-7319（送付状不要）

|  |
| --- |
| 質　　　問　　　書 |
| 業務名 |  | 質 問 日 | 令和　　年　　月　　日 |
| 質問者 | 企業・団体名 |  | 担当者 | 連絡先（Tel・Fax・e-mail） |
| 質問№ | 書類名・項目 | 質　問　内　容 | 回　　答 | 摘　要 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

※　項目が不足する場合は、適宜付け加えること。